様式第２号

レベルアップ研修履修等証明書

（医師・トレーナー・リーダー・心理・栄養・保健・マネジャー）

令和　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **研修会・講習会、学会等名称****（研修修了・学会参加年月日)** | **単位数** | **回数** | **単位計** | **提出書類****（下記番号を記入）** |
| １（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ２（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ３（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ４（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ５（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ６（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ７（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ８（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| ９（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| 10（　　　年　　月　　日） |  |  |  |  |
| **合　　計** |  |  |  |

　　　※単位の有効期間は登録有効期限（または登録を申請する日）からさかのぼって３年以内です。

**添付書類**（以下のいずれかの写しを添付すること）

1. 参加した研修の修了証（中災防主催の研修を修了した場合は必要ありません）
2. 受講料（参加料）の領収書
3. 参加票・受講票
4. 学会・研修会等の発表抄録
5. 投稿した専門誌

その他参加したことが証明できるもの